Statistik

der geburtshilflichen Abteilung
in der II. Universitätsklinik
für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe
in München im Jahre 1935.

Inaugural-Dissertation

zur
Erlangung der Doktorwürde in der gesamten
Medizin
verfaßt und einer Hohen medizinischen Fakultät
der Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität
zu München
vorgelegt von

Franz Xaver Stadler
aus Passau.

Straubing
Buchdruckerei Georg Dambeck
1937

Statistik

der geburtshilflichen Abteilung
in der II. Universitätsklinik
für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe
in München im Jahre 1935.

Inaugural-Dissertation

zur
Erlangung der Doktorwürde in der gesamten
Medizin
verfaßt und einer Hohen medizinischen Fakultät
der Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität
zu München
vorgelegt von

Franz Xaver Stadler
aus Passau.

Straubing
Buchdruckerei Georg Dambeck
1937

Aus der II. Universitätsklinik für Frauenkrankheiten
und Geburtshilfe zu München.
Vorstand: Universitätsprofessor Dr. O. Eisenreich.

R. UNIV
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen lieben Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548304_0058

Im Jahre 1935 fanden insgesamt 2228 Frauen auf der geburtshilflichen Abteilung der Klinik Aufnahme. Davon waren 5 Frauen schon vollständig und 6 Frauen halbentbunden. Von den 2228 Frauen waren 1169 Erstgebärende und 1059 Mehrgebärende.

Die älteste Erstgebärende war eine Frau von 44 Jahren. Die Geburt verlief spontan und dauerte 72 Stunden. Das lebend geborene Kind war ein Mädchen von 49,5 cm Länge und 2920 g Gewicht. Das Wochenbett verlief ohne Störung.

Im Gegensatz dazu steht eine erst $14^1/_2$-jährige Erstgebärende, die ebenfalls spontan einen Knaben von 51 cm Länge und 3100 g Gewicht zur Welt brachte. Die Geburt dauerte hier nur 2 Stunden und 30 Minuten.

Was die Anzahl der Geburten betrifft, so ist eine 38-jährige Frau an erster Stelle zu nennen. Sie hatte 11 Spontan-Geburten und 6 Aborte durchgemacht. Das 12. Kind war ein Mädchen, 42 cm lang und 2600 g schwer, in erster Hinterhauptslage geboren. Das Wochenbett war fieber- und beschwerdefrei.

Im Ganzen kamen 2247 Kinder zur Welt.

Knaben	1231
Mädchen	1016.

48 Kinder wurden tot geboren. Von diesen konnte der Tod in 36 Fällen gleich bei Aufnahme der Frau in die Klinik festgestellt werden, da keine kindlichen Herztöne zu hören waren und die Frauen angaben, dass sie auch keine Kindsbewegung mehr verspürten. Die Todesursachen dieser Kinder waren:

Vorzeitige Plazentarlösung	3 mal
Weitgehende Infarzierung der Plazenta	1 mal
Nabelschnurvorfall	3 mal
Nabelschnurumschlingung	6 mal
Verschleppte Querlage	1 mal
Hydrops foetus universalis	1 mal
Mazeration 1. Grades, Wa. R. neg.	1 mal
Mazeration 2. Grades,	10 mal
Mazeration 3. Grades, Wa. R. +++	1 mal
Mazeration 3. Grades, Wa. R. neg.	1 mal

Von den übrigen 12 Fällen konnten bei der Aufnahme der Mütter kindliche Herztöne gehört werden. 3 dieser Kinder starben an intracranieller Blutung nach Extraktion. In 3 Fällen wurde, da über dem Versuch der manuellen Extraktion die Kinder abstarben, die Perforation am nachfolgenden Kopf ausgeführt. In 2 Fällen von Plazenta praevia führte die Wendung nach Braxton Hicks und die nachfolgende Spontanausstossung zu toten Kindern. In 2 Fällen von Eklampsie musste die Geburt durch vaginale Sectio, Wendung auf den Fuss, Extraktion und Perforation am nachfolgenden Kopf beendet werden. 2 Kinder starben während der Geburt aus unbekannter Ursache.

In der Klinik starben von den lebend geborenen Kindern noch 50 und zwar an:

Intracranieller Blutung	6
Asphyxie	14
Ikterus	1
Anencephalus	1
Erysipel vom Nabel ausgehend	1
Lebensschwäche, unreife Kinder	27

Es konnten also von 2211 Kindern, die bei der Aufnahme in die Klinik noch lebten, 2149 Kinder lebend aus der Klinik entlassen werden = 97,19 %.

Nennenswerte Anomalien u. Erkrankungen der Neugeborenen:

Anencephalie	1 mal
Hydrops foetus universalis	1 mal
Labium fissum	1 mal
Hypospadie	4 mal
Myelocele	1 mal
Pemphigus neonatorum. Wa. R. +++	1 mal
Klumpfuss	2 mal
Phimosis	1 mal
Struma	1 mal
Hydrocele	1 mal
Polydactylie	1 mal
Mazeration 1. Grades	9 mal
Mazeration 2. Grades	10 mal
Mazeration 3. Grades	2 mal.

Die Kindeslagen verhalten sich ihrer Häufigkeit nach im Berichtsjahre, wie folgt, zueinander:

1. Hinterhauptslage	1520	=	68,22 %
2. Hinterhauptslage	587	=	26,34 %
Tiefer Querstand	2	=	0,08 %
Vorderhauptslage	30	=	1,34 %
Gesichtslage	10	=	0,44 %
Stirnlage	4	=	0,17 %
Schädellagen insgesamt:	2153	=	96,60 %.
Steisslage	49	=	2,19 %
Fusslage	16	=	0,71 %
Beckenendlagen:	65	=	2,90 %
Quer- und Schieflagen	10	=	0,44 %

Die Entwicklung der Kinder, die sich in bedingt günstigen und ungünstigen Lagen eingestellt hatten, geschah folgendermassen:

1) Quer- und Schieflagen (10 Fälle = 0,44 %).
In 2 Fällen wurde spontan conduplikatio corpore ein unreifes, mazeriertes Kind (45 cm Länge, 1700 g Gewicht, 40 cm Länge und 1200 g Gewicht) ausgestossen.
Bei verschleppter Querlage, totem Kind und drohender Uterusruptur wurde die Dekapitation vorgenommen (s. Dekapitation).
In den übrigen 7 Fällen wurde die Wendung ausgeführt. Es konnten so 5 lebende Kinder geboren werden. 2 Kinder kamen tot zur Welt.

2) Beckenendlagen (65 Fälle = 2,90 %)
a) Steisslagen (49 Fälle = 2,19 %).
Davon wurden in 44 Fällen die Kinder spontan bis zu den Schulterblattwinkeln geboren und dann durch Manualhilfe entwickelt. Der Erfolg waren 44 lebende Kinder. Von 2 bei der Aufnahme bereits toten Kindern wurde das eine spontan ausgestossen (34 cm, 900 g, mazeriert), während das zweite (40 cm, 1450 g) durch Manualhilfe entwickelt wurde.
Bei einer, wegen Plazenta praevia in die Klinik eingewiesenen Frau, Graviditas M. VIII, wurde die Blase gesprengt und ein Fuss herabgeholt. Das im Laufe der

Geburt abgestorbene Kind wurde nach Spontangeburt bis zu den Schulterblättern am nachfolgenden Kopf perforiert. In 2 Fällen musste wegen Wehenstillstand und drohender kindlicher Asphyxie ein Fuss heruntergeholt und ex-extrahiert werden. Es wurde so in einem Fall (Mm. fast vollständig erweitert) ein lebendes, reifes Kind entwikkelt, während im zweiten Fall (Mm. fünfmarkstückgross) die Extraktion nicht gelang und bei dem nun abgestorbenen Kind die Perforation ausgeführt wurde.

b) Fusslagen (16 Fälle = 0,71 %),
In 9 Fällen konnten durch Manualhilfe lebende Kinder geboren werden. Bei 2 Fällen musste wegen Nabelschnurvorfall sofort extrahiert werden. Beide Kinder blieben am Leben.
In einem Fall von Nabelschnurvorfall wurde nach Ausführung der Sectio vaginalis mit der Zange am nachfolgenden Kopf ein lebendes, reifes Kind entwickelt.
Ein totes, unreifes Kind (37 cm, 1400 g) wurde spontan ausgestossen.
Wegen Weichteilschwierigkeiten gelang in einem Fall der Veit-Smellie'sche Handgriff nicht. Das Kind musste perforiert werden.
In 2 Fällen wurden wegen drohender kindlicher Asphyxie die Kinder extrahiert und so 2 lebende Kinder zur Welt gebracht.

3) Stirnlage (4 Fälle = 0,17 %).
Spontan kam ein lebendes Kind aus erster Stirnlage von 47 cm Länge und 2770 g Gewicht.
Wegen sekundärer Wehenschwäche und drohender kindlicher Asphyxie (Mm. vollkommen erweitert, Kopf am Beckenausgang) wurde ein Kind lebend mit der Zange entwickelt.
In 2 Fällen von Stirnlage bei rachitisch-platten Becken 1. bis 2. Grades wurde die Sectio caesarea ausgeführt. Der Erfolg waren 2 lebende Kinder. Im Wochenbett traten keinerlei Komplikationen auf.

4) Gesichtslage (10 Fälle = 0,44 %).
Die Geburt verlief im allen 10 Fällen spontan. Es kamen 8 reife und zwei unreife, lebende Kinder zur Welt.

5) Tiefer Querstand (2 Fälle = 0,08 %).
Bei beiden Fällen von ersten tiefen Querstand musste das Kind wegen Geburtsstillstand mit der Zange extrahiert werden und es konnte so in jedem Falle ein lebendes Kind erhalten werden.

6) Vorderhauptlage (30 Fälle = 1,34 %).
In 19 Fällen von erster Vorderhauptslage und 7 Fällen von zweiter Vorderhauptslage kamen bei einer durchschnittlichen Geburtsdauer von 18 Stunden durch Spontangeburt 22 reife und 4 unreife Kinder lebend zur Welt.

In 3 Fällen mussten bei Vorderhauptslage wegen primärer und sekundärer Wehenschwäche die Kinder mit der Zange extrahiert werden.

In einem Fall wurde wegen Abgang von Mekonium, Kopf beweglich über dem Beckeneingang, die Sectio caesaria ausgeführt und so ein lebendes Kind von 50 cm Länge und 2910 g Gewicht zur Welt gebracht. Wochenbettverlauf fieberfrei.

Zwillinge.

Es wurden insgesamt 19 Zwillingsgeburten beobachtet, d. s. 0,85 % der gesamten Geburtenzahl. Die Kindeslagen waren hier folgende:

beide in Hinterhauptslage	8 mal
einer in Hinterhauptslage und einer in Fusslage	5 mal
einer in Hinterhauptslage und einer in Vorderhauptslage	1 mal
einer in Hinterhauptslage und einer in Gesichtslage	1 mal
beide in Steisslage	2 mal
einer in Hinterhauptslage und einer in Steisslage	2 mal

Spontan erledigten sich 8 Zwillingsgeburten. In 9 Fällen konnten durch Manualhilfe lebende Kinder entwickelt werden. In einem Fall musste der zweite Zwilling wegen Nabelschnurvorfall gewendet und extrahiert werden. In einem anderen Fall musste der erste Zwilling, der in zweiter gedoppelter Steisslage war, wegen Fieber der Mutter und drohender kindlicher Asphyxie extrahiert werden.

Das Kind war an Hirnblutung gestorben. Das zweite Kind kam spontan aus erster Schädellage und lebte.

Von den 38 Zwillingskindern waren 19 männlichen und 19 weiblichen Geschlechts. Eineiig waren die Zwillinge in 2 Fällen.

Als durchschnittliche Länge der Kinder konnte ich 49.92cm und als mittleres Gewicht 3315 g berechnen. Das grösste Kind war ein Knabe einer 7. Gebärenden; er war 56 cm lang und wog 4700 g. Die Frau hat spontan in 3 Stunden 10 Minuten entbunden.

Die durchschnittliche Geburtsdauer war 15 Stunden und 24 Minuten.

Das enge Becken.

Die wichtigste Rolle in der Pathologie der Geburt spielt das enge Becken. In den meisten Fällen sind wir nicht in der Lage ein bestimmtes Entbindungsverfahren in's Auge zu fassen, sondern die Geburtsleitung geschieht rein expectativ. Es kommt neben dem Grad der Beckenverengerung auch auf die Form des Beckens, ob platt-rachitisch, ob allgemein verengt usw. an. Ferner spielt eine grosse Rolle für den Geburtsverlauf die treibende Kraft, die Grösse des Kindes und die Konfigurabilität des kindlichen Kopfes. Einfach zu beurteilen sind die Fälle mit der Conjugata vera unter 7.5 cm. In diesen Fällen ist der Kaiserschnitt nicht zu umgehen.

Dieser expectativen Geburtsleitung ist es zu verdanken, dass in 3 Fällen von früheren Kaiserschnittentbindungen die Frauen spontan ihr Kind zur Welt bringen konnten:

1) eine 33-jährige Zweitgebärende mit platt-rachitischem Becken 2. Grades. Sie konnte nach 18 Stunden 30 Minuten Wehentätigkeit ein reifes, lebendes Kind von 51.5 cm Länge und 3350 g Gewicht spontan zur Welt bringen. Das erste Kind war ebenfalls 3350 g schwer.
2) Eine 31-jährige Zweitgebärende konnte bei einem allgemein verengten Becken 1. Grades nach 15 Stunden und 50 Minuten ein reifes, lebendes Kind mit 50 cm Länge und 3350 g Gewicht spontan gebären. Erstes Kind 3250 g schwer.
3) 31-jährige Zweitgebärende. Becken allgemein verengt 1. Grades. Erstes Kind war 3700 g schwer und in Querlage. Das zweite Kind kam spontan nach 14 Stunden und 45 Minuten

lebend und hatte eine Länge von 50,5 cm und ein Gewicht von 3700 g.

Im Berichtsjahre wurden insgesamt 198 Fälle = 8.88 % mit verengtem Becken beobachtet.

In 172 Fällen von Beckenverengerung 1. Grades (Conjugata vera 11—9 cm) konnten 169 Frauen spontan entbinden. In 3 Fällen musste wegen Wehenschwäche und Geburtsstillstand infolge des verengten Beckens die Geburt durch den Kaiserschnitt beendigt werden.

Eine Beckenverengerung 2. Grades (Conjugata vora 9—7 cm) wurde in 23 Fällen festgestellt. Spontan konnten davon 4 Frauen ihr Kind zur Welt bringen. Bei 17 Frauen war operatives Eingreifen nötig und zwar wurde der intraperitoneale Kaiserschnitt ausgeführt. Ein über der Geburt abgestorbenes Kind wurde perforiert. In einem Falle musste der Sectio intraperitonealis die Totalexstirpation des Uterus wegen unstillbarer Blutung angeschlossen werden.

In allen 3 Fällen von Beckenverengerung 3. Grades (Conjugata vera unter 7,5 cm) wurde die Sectio caesaria ausgeführt.

Die nachstehende Tabelle gibt einen Ueberblick über die Entbindungsmethoden bei engen Becken:

	spontan	Zange	Sect. caes.	Perforat.
Beckenverengerung 1.°	169	—	3	—
„ 2.°	4	—	18	1
„ 3.°	—	—	3	—

Plazenta praevia. (13 Fälle)

Eine andere Komplikation, die für Mutter und Kind sehr gefährlich werden kann, ist die Plazenta praevia. Die oft auftretenden, starken Blutungen erfordern ein schnelles Eingreifen des Arztes.

Von den 3 klassischen Methoden der Behandlung der Plazenta praevia, dem Blasenstich, der Metreuryse und der Wendung nach Braxton Hicks wird in der Klinik der Blasenstich und die Wendung nach Braxton Hicks bevorzugt. Die Tamponade der Scheide wird nur ausgeführt, um Zeit für die Vorbereitung zur Operation zu gewinnen. Die Klinik hat im Kaiserschnitt natürlich ein Verfahren, um jederzeit auf diesem Wege die Geburt zu beenden.

Bei 4 Frauen, die wegen leichter Blutungen am Ende der Schwangerschaft in die Klinik eingeliefert wurden, stand die Blutung bei Bettruhe wieder und es konnte die Spontangeburt abgewartet werden. Alle Kinder kamen lebend zur Welt.

Bei 5 Frauen mit Plazenta praevia marginalis konnte durch den Blasenstich erreicht werden, dass die Blutungen standen und es wurden 5 lebende Kinder spontan geboren. Im Wochenbett traten keinerlei Beschwerden auf.

Eine Frau wurde tamponiert vom Rettungsdienst eingeliefert. Ziehen der Tamponade. Mm. fünfmarkstückgross, man fühlte die vorgefallene Nabelschnur pulsierend, eine kindl. Hand und Plazentargewebe, 1. Querlage. Es wurde sofort die Nabelschnur reponiert und die Wendung auf den Fuss ausgführt. Danach acute Verschlechterung der kindl. Herztöne. Trotz sofortiger Extraktion konnte das Kind nicht mehr gerettet werden. Das Wochenbett war fieberfrei.

In einem Falle von Plazenta praevia bei Beckenendlage wurde die Blase gesprengt und ein Fuss herabgeholt, angeschlungen und beschwert. Spontangeburt bis zu den Schulterblättern. Die Nabelschnur zeigte jetzt keine Pulsation. Wegen starker Einschnürung durch den Mm. gelang die Extraktion nicht. Ausführung der Perforation. Im Wochenbett traten keine Beschwerden auf.

In einem Falle von Plazenta praevia bei 1. Querlage wurde die Wendung nach Braxton Hicks ausgeführt Nach der Wendung setzten so heftige Wehen ein, dass gleich darauf der Rumpf tiefer tritt und der Steiss sichtbar wird, sodass dann mit Manualhilfe die Entwicklung des Kindes ganz einfach wird. Es konnte so ein lebender Knabe 42 cm lang und 1950 g schwer entwickelt werden. Das Wochenbett verlief ohne Störung.

Eine 38-jährige 2. Gebärende wird wegen Plazenta praevia in die Klinik eingewiesen. Das Kind liegt in 2. Schräglage. Es wird die Wendung nach Braxton Hicks ausgeführt und ein Fuss heruntergeholt. Das Kind zeigte jetzt keine Lebenszeichen mehr und wurde durch Manualhilfe entwickelt. Die Besichtigung der Plazenta ergab, dass die Eingangsstelle zur Wendungsoperation in unmittelbarer Nähe der Nabelschnurinsertion war. Die Frau kam am 8. Wochenbettstag infolge Embolie ad Exitum.

Eklampsie und Praeeklampsie.

Diese Schwangerschaftstoxikose wurde im ganzen 32 mal beobachtet; darunter sind 24 Fälle von praeeklamptischen Stadium, bei welchen es zu keinem Anfall kam, sondern Eiweis im Urin, erhöhter Blutdruck und Ödeme nachzuweisen waren und die Frauen manchmal über Kopfschmerz und Flimmern vor den Augen klagten

In 8 Fällen traten richtige Anfälle auf und zwar:

ante partum 5
post partum 3

Verteilung der Fälle auf die Monate:

Januar	—	Mai	—	Sept.	1
Februar	—	Juni	1	Okt.	3
März	—	Juli	2	Nov.	—
April	1	Aug.	—	Dez.	—

Erstgebärende 6
Mehrgebärende 2

Hinsichtlich der Schwangerschaftsdauer ergab sich folgende Einteilung:

7. Monat	1 Fall	9. Monat	3 Fälle
8. Monat	2 Fälle	10. Monat	2 Fälle

Man suchte therapeutisch möglichst rasch zur Entbinduug zu kommen. Gegen erneut auftretende Anfälle wurde ein kräftiger Aderlass gemacht, Luminal, Magnes. sulfur. und Euphyllin gegeben und die diätetische Behandlung durchgeführt.

In 3 Fällen wurde bei Eklampsie die Sectio vaginalis ausgeführt und das Kind nach Braxton Hicks gewendet und extrahiert, wobei in 2 Fällen, da die Extraktion nicht gelang, die Perforation angeschlossen wurde, während in einem Fall ein lebendes Kind zur Welt kam.

In den übrigen 4 Fällen konnte die Spontangeburt abgewartet werden.

Todesfall.

Eine 41-jährige 11. Gebärende, Graviditas M. VIII, wurde wegen Plazenta praevia in die Klinik eingewiesen. Auf Wehenmittel setzten langsam Wehen ein, keine Blutung mehr. Plötzlich, nachdem vorher mit der Frau noch gesprochen wurde und die

Wehen kräftig und regelmässig einsetzten, eklamptischer Anfall mit Trismus und klonisch-tonischen Zuckungen. In kurzen Zeitabständen kamen noch 3 Anfälle, die zum Exitus der Frau führten. Im Urin konnte kein Eiweiss nachgewiesen werden; im Sediment waren zahlreiche Erythrozythen; der Blutdruck war 60/30.

Der Vorfall der Nabelschnur wurde in 9 Fällen beobachtet. (Trotz schnellster Entbindung) 5 Kinder kamen tot zur Welt.

Nabelschnurumschlingungen:

einmal um den Hals	82 mal
zweimal um den Hals	30 mal
dreimal um den Hals	2 mal
viermal um den Hals	2 mal
fünfmal um den Hals	1 mal.

Zusammenstellung der im Jahre 1935 vorgenommenen Operationen:

Sectio caesarea	22 mal
Sterilisation	7 mal
Zange	40 mal
Perforation	10 mal
Dekapitation	3 mal
Manualhilfe	47 mal
Extraktion	25 mal
Wendung	14 mal
Sectio vaginalis	10 mal
Dammnath 1. Grades	226 mal
Dammnath 2. Grades	58 mal
Dammnath 3. Grades	11 mal
Scheidennaht	22 mal
Clitorisnaht	9 mal
Cervixnaht	8 mal
Episiotomie	109 mal
Credé'scher Handgriff	25 mal
Manuelle Plazentarlösung	69 mal
insgesamt	717 Operationen.

I. Sectio caesarea cervic. intrap.

23 Fälle = 1,03 % aller Geburten.

Indikationen:

1) Rach. platt. Becken 1. Grades	2 Fälle
2) Rach. platt. Becken 1. Grades, vordere Scheitelbeineinstellung, Geburtsstillstand	1 Fall
3) Allg. verengtes Becken 1. Grades, primäre und sek. Wehenschwäche	2 Fälle
4) Rach. plattes Becken 1. und 2. Grades	3 Fälle
5) Rach. plattes Becken 2. Grades	3 Fälle
6) Rach. plattes Becken 2. Grades grosses Kind	2 Fälle
7) Rach. plattes Becken 2. Grades, drohende kindl. Asphyxie	1 Fall
8) Rach. platt. Becken 2. Grades, schlechte Einstellung des kindl. Kopfes	2 Fälle
9) Allg. verengtes Becken 2. Grades	2 Fälle
10) Rach. platt. Becken 2.—3. Grades	1 Fall
11) Rach. platt. Becken 3. Grades	3 Fälle
12. Uterus myomatorus	1 Fall

Die Sterilisation

durch Tubenunterbindung nach Madlener wurde in 7 Fällen angeschlossen.

Erkrankungen im Wochenbett:

Lungeninfarkt	1 Fall
Bronchitis	1 Fall
Fieber und Wundeiterungen	1 Fall.

3 Todesfälle.

1. Fall: 34-jährige, 3. Gebärende. Das Becken plattrachitisch 2. Grades, ein sehr grosses Kind in 2. Hinterhauptslage. Bei der ersten Geburt wurde ein kleines Kind mit der Zange entwickelt. Die zweite Geburt war eine Kaiserschnittentbindung. Bei Aufnahme ist der Muttermund vollständig erweitert, die Blase

wird bei der Untersuchung gesprengt, der Kopf beweglich über dem B.E. Da trotz kräftigster Wehentätigkeit über 7 Stunden die Geburt nicht vorwärts ging, wurde die Indikation zur intraperiton. Schnittentbindung gestellt. Das Kind kam stark asphyktisch, konnte aber erfolgreich wiederbelebt werden.

Die Frau fühlte sich die ersten beiden Tage post operat. relativ wohl und hatte kein Fieber. Die Operationswunde zeigte geringe eitrige Sekretion, die an den folgenden Tagen zunahm. Am 5. Tag erfolgte der Exitus unter dem Zeichen der Peritonitis. Die Sektion ergab: Allgemeine Peritonitis ausgehend von der Operationswunde.

2. Fall: Eine 39-jährige 3. Gebärende am Ende der Schwangerschaft, das Becken allgemein verengt 1. Grades. Die erste Geburt war eine Zangenentbindung bei einem 2500g schweren Kind. Die zweite Geburt (Kind 3400 g) wurde durch Kaiserschnitt beendigt.

Bei der Aufnahme Mm. für 2 Finger durchgängig. Blase steht. Kopf beweglich über B.E. Nach 26 Stunden kräftiger Wehentätigkeit ist der Kopf noch nicht im Becken eingetreten und es wird die Sektio caes., intraperit. ausgeführt. Auf dem Transport in den Operationssal springt die Blase. (Das Kind war 50.5 cm lang, 3390 g Gewicht)

Am 9. Wochenbettag Temperatursteigerung bis 38,3° und stechende Schmerzen in der linken Lunge. Die Patientin sieht etwas cyanotisch aus und atmet schwer. Weiter zunehmende Dyspnoe. und Temperaturanstieg bis 39,6°, kleiner frequenter Puls. Am 11. Tag Exitus.

Sektionsbefund: Hochgradige Thrombose der Vv. pulm., femoralis und der Beckenvenen. Operationswunde und Peritoneum vollkommen frei.

3. Fall: Eine 32-jährige 3. Gebärende, allgemein verengtes Becken 1. Grades. Die beiden früheren Geburten waren Zangengeburten mit Kindern von 2500 und 3000 g Gewicht.

Bei der Aufnahme war der Mm. zweimarkstückgross, Blase steht, Kopf beweglich über B.E. Nach 10 Stunden: Mm. vollkommen erweitert, Blase gesprungen, Kopf fast im B.E., vordere

Scheitelbeineinstellung. Trotz kräftigster Wehen während 24 Stunden kein Fortschreiten der Geburt, daher Sektio. Da es aus dem sehr varicösen Uterusmuskel trotz Gynergen und Tamponade weiterblutet, erfolgt die supracervicale Absetzung des Uterus.

Am 2. Tag post operat. abends Temperatursteigerung bis 38,5°, der Leib ist gebläht, Wind- und Stuhlverhaltung In den folgenden Tagen weiterer Temperaturstieg bis 40°. In der angelegten Blutkultur konnten Staphylo- und Streptococcen nachgewiesen werden. Exitus unter den Zeichen der septischen Kreislauflähmung.

Die Sektion ergab: Locale peritonitisähnliche Vorgänge im Bereich der Bauchwunde. Am Cervixstumpf und seiner Umgebung phlegmonös-eitrige Entzündung. Trombose des Vv. Spermaticae bis hinauf reichend fast zur V. renalis. Ausserdem Trombose der anderen kl. Beckenvenen bereits mit kl. Eiterherden durchsetzt. Hochseptische Milz, trübe Schwellung der Leber.

2. Zange.

40 Fälle = 1,79 % aller Geburten.

Indikationen:

1) Primäre und sekundäre Wehenschwäche, lange Geburtsdauer	3 Fälle
2) Primäre und sek. Wehenschwäche, Geburtsstillstand drohende kindl. Asphyxie	5 Fälle
3) Alte Erstgebärende, sek. Wehenschwäche	4 Fälle
4) Alte Erstgebärende, lange Geburtsdauer, sek. Wehenschwäche, schwankende kindl. Herztöne	2 Fälle
5) Drohende kindl. Asphyxie	2 Fälle
6) 1. tiefer Querstand, vorzeitiger Blasensprung, sek. Wehenschwäche	1 Fall
7) 1. tiefer Querstand, alte Erstgebärende, sek. Wehenschwäche	1 Fall
8) 1. tiefer Querstand, prim. und sek. Wehenschwäche, drohende kindl. Asphyxie	1 Fall
9) 2. Vorderhauptlage, Geburtsstillstand, Fieber in der Geburt, schlechte kindl. Herztöne	1 Fall

10)	1. Vorderhauptslage, prim. und sek. Wehenschwäche	2 Fälle
11)	Lange Geburtsdauer, Erschöpfung der Mutter, rigide Weichteile	4 Fälle
12)	Drohende Eklampsie, Wehenstillstand	1 Fall
13)	Vorzeitige Plazentarlösung, schlechte kindl. Herztöne	1 Fall
14)	Grosses Kind, lange Geburtsdauer, Erschöpfung der Mutter	1 Fall
15)	Allg. verengtes Becken 1. Grades, lange Geburtsdauer, drohende kindl. Asphyxie	1 Fall
16)	Plazenta praevia, Blasensprengung, Febris intra partum	1 Fall
17)	Uebertragenes, grosses Kind, schlechte kindl. Herztöne	1 Fall
18)	Drohende kindl. Asphyxie, Abgang von Mekonium, blutiger Urin	1 Fall
19)	Febris intra partum, drohende kindl. Asphyxie	3 Fälle
20)	Nabelschnurvorfall	1 Fall
21)	Fusslage, Nabelschnurvorfall, Zange am nachfolgenden Kopf	1 Fall

Bei einer 29-jährigen Erstgebärenden wurde wegen primärer und sek. Wehenschwäche, vorzeitigem Blasensprung und Febris intra partum die hohe Zange ausgeführt. Untersuchungsbefund in Narkose: Kopf mit kleinem Segment im B.E. Mm. kleinhandtellergross, führender Teil die grosse Fontanelle, links. Pfeilnaht im queren Durchmesser. Nach medianer Mm. Incision und Abschieben der Scheidenschleimhaut und Blase nach oben, anlegen der Zweifel'schen Achsenzugzange in geradem Durchmesser und Extraktion, die relativ leicht gelingt. Die Nabelschnur zeigte keine Pulsation mehr, das Kind atmete nur schwach. Trotz mehrfachen Absaugens und Wiederbelebungsversuchen konnte es nicht zum Leben gebracht werden. Todesursache intracranielle Blutung. Wochenbettverlauf fieber- und beschwerdefrei.

Die Episiotomie musste in 26 Fällen ausgeführt werden.

Risse in den weichen Geburtswegen:

Dammriss 1. Grades	2 Fälle
Dammriss 2. Grades	3 Fälle
Dammriss 3. Grades	2 Fälle

Scheidenriss	3 Fälle
Cervixriss	2 Fälle
Clitorisriss	1 Fall
Wochenbett:	
Bronchitis	2 Fälle
Nephritis	1 Fall

1 Todesfall.

Eine 25-jährige Erstgebärende. Das Kind wurde wegen drohender Asphyxie und Fieber in der Geburt mit der Zange aus 2. Vorderhauptslage entwickelt. Es hatte grosse Mengen von Fruchtwasser aspiriert und atmete nicht; die Nabelschnur zeigte gute Pulsation. Trotz mehrfachen Absaugens und Wiederbelebungsversuchen erholte sich das Kind nicht Am 11. Tage post partum klagte die Patientin über heftige Leibschmerzen und Brechreiz. Der Leib war weich, diffus leicht druckschmerzhaft.
Genitalbefund: Mm. fast geschlossen, Portio hoch, beide Parametrien infiltriert und schmerzhaft. Am 13. Tage ist Patientin sehr unruhig, erbricht sehr oft, Zunge trocken, der Leib gespannt. Nach Behandlung mit Infusion von Tutofusin, Insulin und Traubenzucker und Digipurat kurze Besserung, dann Exitus. Die Sektion wurde verweigert.

3. Perforation.

11 Fälle = 0,49 % aller Geburten.

Indikationen:

1) Totes Kind, vorzeitiger Blasensprung, hintere Scheitelbeineinstellung	1 Fall
2) Eklampsie, Wendung nach Braxton Hixs, Perforation am nachfolgenden Kopf	2 Fälle
3) Totes Kind, Beckenendlage, Extraktion und Perforation am nachfolgenden Kopf	2 Fälle
4) Totes Kind, 1. Schädellage, sek. Wehenschwäche	1 Fall
5) Totes übertragenes Kind, Stillstand der Geburt	1 Fall
6) Plazenta praevia, Blasensprengung, abgestorbenes Kind, Steisslage, Extraktion und Perforation	1 Fall

7) Totes Kind, Stillstand der Geburt	1 Fall
8) Praeeklampsie, vorzeitige Plazentarlösung, Sektio vag., Wendung, Extraktion und Perforation	1 Fall
9) Vorzeitige Plazentarlösung, totes Kind	1 Fall.

Risse in den weichen Geburtswegen:

Dammriss 1. Grades	3 Fälle
Cervixriss	1 Fall

Wochenbett:

Fieberhafte Lochialstauung	1 Fall

1 Todesfall.

Eine 28-jährige Erstgebärende. Bei der Aufnahme der Mm. für 1 Finger durchgängig, gesprungene Blase, Kopf fest im B.E. Herztöne des Kindes nicht mit Sicherheit hörbar. Nach 36 Stunden ist der Kopf mit tiefstem Punkt in Beckenmitte, kindl. Herztöne nicht mehr zu hören. Der Puls der Frau beschleunigt. Temperatur 39,1° rectal. Ausführung der Perforation. Die Frau wird cyanotisch, trotz Sauerstoff, Strophantin und Euphyllin-Calc. zunehmender Verfall, Lungenödem und Exitus.
Sectionsbefund: Gynäkolgisch o.B. Es fand sich eine sehr schwere hämorrhagische Pneumonie, toxische Degeneration der Leber, geringe Endocardblutungen, Blutungen unter die Schleimhaut beider Nierenbecken.

4. Dekapitation.

3 Fälle = 0,13 % aller Geburten.

Eine 40-jährige 9. Gebärende wird vom Arzt wegen verschleppter Querlage eingeliefert. Es handelt sich um eine II. dorsoanteriore Querlage, Blase vor 2 Tagen gesprungen. Aus der Vulva hing der linke Arm, Herztöne waren nicht zu hören. Mm. handtellergross. Es wurde sofort die Dekapitation ausgeführt. Im Wochenbett keine Beschwerden.

Im 2. Fall handelte es sich um eine 32-jährige Erstgebärende mit einem toten übertragenen Kind. Es wurde die Indikation zur Perforation gestellt. Nach der Kompression des Schädels mit dem

Zweifel'schen Perforationsinstrument liess sich der Schädel gut tiefer ziehen. Sobald der Hals in der Vulva sichtbar wurde, Abschneiden des Kopfes, dann Herabholen beider Arme und Extraktion des Rumpfes, die spielend gelingt. Das Kind war 1. Grades mazeriert. Manuelle Plazentarlösung und Sagrotanspülung. Keine Einrisse in der Scheide und am Mm. Das Wochenbett war fieberfrei.

3) 29-jährige Erstgebärende, keine kindl. Herztöne. Kopf fast im B.E. Mm. handtellergross, Stillstand der Geburt. Beendigung der Geburt durch Perforation. Anlegen des 3-teiligen Zweifel'schen Instrumentes. Die Extraktion gelingt nur bis zu den Schultern. Daher Dekapitation. Lösung eines Armes und Extraktion des Rumpfes. Manuelle Lösung der Plazenta. Der bei der Extraktion entstehende Dammriss wurde sofort durch Naht versorgt.

Der Wochenbettverlauf war fieber- und beschwerdefrei.

Credé'scher Handgriff und manuelle Plazentarlösung:

Wenn die Plazenta 2 Stunden nach der Geburt des Kindes noch nicht spontan ausgestossen ist, so wird sie mit Hilfe des Credé'schen Handgriffs gelöst. Dieser wurde 25 mal ausgeführt. Kann die Plazenta auch durch den Credé'schen Handgriff in Narkose nicht gelöst werden, so erfolgt die manuelle Plazentarlösung. Dieser Eingriff war bei 69 Frauen nötig; 17 Frauen erkrankten davon im Wochenbett fieberhaft.

Im Berichtsjahre erkrankten 232 Frauen im Wochenbett mit Fieber. Als Ursachen konnten festgestellt werden:

Lochialstauung	52 mal
Mastitis	90 mal.

In 12 Fällen von eitriger Mastitis wurde durch Incision der Eiter abgelassen, die Wunde drainiert und so die Heilung erreicht.

Bronchitis	15 mal
Thrombophlebitis	17 mal
Angina	10 mal
Aszendierende Gonorrhoe	2 mal
Grippe	21 mal
Lungeninfarkt	7 mal

Cystopyelitis	10 mal
Nephritis	2 mal
Tbc. pulm.	2 mal
Hämorrhag. Pneumonie	1 mal
Otitis media	1 mal
Bronchopneumonie	2 mal.

Puerperalsepsis.

Eine 28-jährige Erstgebärende, Hydramnion. Die Frau wurde in der Klinik vaginal mit Handschuhen untersucht. Bei dreimarkstückgrossem Mm. wurde, da die Wehen wieder nachgelassen hatten, die Blase gesprengt. Es flossen $1\frac{1}{2}$ Liter Fruchtwasser ab. Danach Spontangeburt eines lebenden, reifen Knaben aus 2. Hinterhauptslage. Die Plazenta folgte 20 Minuten später spontan.

Am 3. Wochenbettag Temperatursteigerung bis 39,5°. Wind- und Stuhlverhaltung, Kopfschmerzen. An den folgenden beiden Tagen nachmittags je ein Schüttelfrost mit Fieber bis 40,1°. Starker Kräfteverfall. Der zugezogene Internist legte ebenfalls den Verdacht einer Sepsis nahe. Trotz intensivster Kreislaufbehandlung traten in den folgenden Tagen noch mehrere Schüttelfröste auf. Erst am 13. Wochenbettag setzte eine lytische Entfieberung und allmähliche Besserung des Allgemeinbefindens ein, sodass die Frau wieder gesund entlassen werden konnte.

Am Schlusse meiner Arbeit möchte ich mir gestatten, Herrn Professor Dr. Eisenreich für die gütige Ueberlassung des Themas, für die liebenswürdige Durchsicht der Korrektur und Uebernahme des Referates meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich, Frz. X. Stadler, wurde am 16. August 1906 in Neumarkt a./Rott, als Sohn des damaligen Amtsgerichtsassistenten Frz. X. Stadler und seiner Ehefrau Therese geb. Wagner, geboren. In Passau besuchte ich 5 Jahre die Volkshauptschule und trat von dort in die Oberrealschule ebenfalls in Passau ein, die ich im März 1926 absolvierte. Im Sommersemester 1926 studierte ich an der Philos.-theol. Hochschule in Passau. Die folgenden Semester war ich dann an der Universität in München und studierte dort Medizin. Im Frühjahr 1932 bestand ich das ärztl. Vorexamen und am 25. Januar 1935 die ärztl. Prüfung. Nach Ableistung des praktischen Jahres erhielt ich mit Wirkung vom 18. Febr. 1936 die ärztl. Bestallung. Ich war dann als Volontärassistent an der II. Universitätsklinik für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe in München. Vom 17. März bis 11. Mai 1936 nahm ich freiwillig an einem Ausbildungskurs der Wehrmacht teil. Anschliessend war ich als Aushilfsassistent am Schwabinger Krankenhaus in München bis 27. Juli 1936 und vom 1. August bis 1. November 1936 als Hilfsarzt am Städt. Gesundheitsamt in München tätig.